BPA-PEC-0912DOULEUR	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE CANCEREUSE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET INSTITUTIONS MEDICO-SOCIALES, EN APPLICATION DE LA CIRCULAIRE N° DGS/DH/SQ2/99-84 du 11 FEVRIER 1999
Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes	**Date de création : 05/10/1999** **Version validée le : 10/12/2009**

REDACTEUR (S)

Membres du groupe de travail :

ARBIOL Evelyne, I.D.E., CRLCC Léon Bérard, Lyon ;

FOUILLOUX Josiane, I.D.E., Centre Hospitalier Général, Montélimar ;

JOLY Anne, Cadre de Santé, Centre Hospitalier Général, Belley ;

MORALES Violette, Cadre de Santé, Centre Hospitalier Général, Vienne ;

PEYRARD Colette, Médecin Anesthésiste, Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche, Privas ;

SABY Anne-Marie, I.D.E., Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche, Privas.

VERIFICATEUR(S)

BEN ABDESSELEM Leila, Assistante Méthodologiste, RRC-RA, Lyon ;

ROCA Lydie, Assistante Projet, RRC-RA, Lyon ;

TALON Anny, Directrice des Soins Infirmiers, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

APPROBATEUR(S)

FARSI Fadila, Médecin Coordonnateur, RRC-RA, Lyon. ;

Membres de la Plénière du 10/12/2009.

DESTINATAIRE(S)

L'ensemble des Etablissements du Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes.

Site : www.rrc-ra.fr

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

I. Préambule :

L'objectif de la démarche est de prendre en compte de façon systématisée la douleur, chez le patient.
On entend par prise en charge de la douleur aiguë, une douleur incidente survenant dans le cadre d'une douleur déjà connue, déjà évaluée et traitée.
Ce protocole peut s'appliquer si le type de douleur et/ou l'intensité de la douleur initiale a changé.

II. Le Cadre réglementaire :

1. **Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999** relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aigue par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

2. **Décret n°2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, **texte abrogé décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 et indexé au Code de la santé publique** (CSP-Livre 3, Titre 1, Chapitre 1, section 1 – art R 4311-1 à 15).
   Article 2 : « les soins infirmiers …..ont pour objet, dans le respect de la personne, dans un souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle… (5°) de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, … »

3. **Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002** relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

4. **Plan de lutte contre la Douleur 1998-2000** : vise à instaurer une « culture de lutte contre la douleur »

5. **Plan de lutte contre la Douleur 2002-2005** : poursuite des axes d'amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique.

6. **Plan de lutte contre la Douleur 2006-2010** : vise à améliorer la prise en charge de la douleur.

III. Définition :

Selon *l'International Association for the Study of Pain* (I.A.S.P.), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage »

IV. Population concernée :

- Patient âgé de plus de 15 ans et 3 mois.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

V. Pré requis :

<table>
<tr><th>Patient communiquant</th><th>Patient non communiquant</th></tr>
<tr><td colspan="2">Prise de connaissance du dossier de soins du patient concerné</td></tr>
<tr><td colspan="2">Vérification de la prescription médicale en rapport avec la douleur connue évaluée et traitée</td></tr>
<tr><td>Autoévaluation par le patient :

Intensité : Echelle Visuelle Analogique (annexe I : EVA p.8), Echelle Numérique (annexe II : EN p.9)
Utilisation d’un même outil pour un même patient.
Localisation de la douleur sur le schéma corporel (annexe V p.13)
Vérification que la localisation et le type de la douleur sont les mêmes que ceux connus.</td><td>Hétéro évaluation pluridisciplinaire par un binôme
Ex : (IDE + AS) ou (IDE + Kiné), etc.

Intensité : échelle Doloplus2® (annexe III p. 10 et 11), échelle Algoplus (annexe IV p. 12)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Type de douleur décrite par le patient (brûlure, picotement, etc.) et reprise des termes du patient dans le dossier de soins.
(Annexe VI : questionnaire DN4 p.14)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Identification des facteurs déclenchant et des signes associés (grimaces, plaintes : « j’ai mal », ...) à la douleur (mobilisation, toilette, pansements, etc.)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Observation des signes associés et du comportement.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Identification des signes cliniques associés à la douleur (sueurs, rougeur, etc.)
Prise des constantes (pouls, tension, température et fréquence respiratoire)</td></tr>
<tr><td>Interrogatoire sur le traitement antalgique pris à ce jour et de l’heure de la dernière prise.</td><td>Vérification du traitement antalgique initial prescrit et de l’heure de la dernière prise.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Repérage des effets secondaires indésirables.</td></tr>
</table>

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

VI. Procédure :

- L'objectif : calmer la douleur
- Les moyens :
  - Utiliser des échelles de la douleur (annexes I, II, III, IV, V, VI p.8 à 14)
  - Appliquer l'arbre décisionnel (annexe VII : arbre décisionnel – prise en charge infirmière de la douleur aigue p.15 et 16),
- Les actions :
  - Croire le patient,
  - Entendre la plainte douloureuse,
  - Evaluer la douleur,
  - Le cas échéant, donner l'interdose selon l'arbre de décision,
  - L'infirmière développera dans son rôle propre des actions thérapeutiques non médicamenteuses qui peuvent être :
    - Installer le malade en position antalgique dans un climat apaisant,
    - La relation d'aide (écoute empathique active ou passive),
    - Le toucher massage (technique de contre stimulation antalgique),
    - L'utilisation de techniques de relaxation (sophrologie).

VII. Risques encourus :

- Une persistance de la douleur peut être due à une insuffisance de traitement ou à un traitement inadapté,
- Effets secondaires et surdosage,
- Retard diagnostic si non identification d'une douleur nouvelle, indépendante de la douleur connue.

VIII. Traçabilité :

- Informer le patient et l'entourage des moyens mis en oeuvre pour la prise en charge de sa douleur,
- Informer le médecin des observations, des actions entreprises et de leurs résultats,
- Etablir des transmissions écrites (date, horaires et signature) puis orales au reste de l'équipe.

IX. Matériel requis et environnements :

- Les outils d'évaluation de la douleur,
- Les stocks des antalgiques nécessaires à l'utilisation du protocole,
- Les supports pour la traçabilité de l'évaluation.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

X. Surveillance :

- Surveillance de l'efficacité antalgique des moyens mis en place et du traitement (Ré-évaluation de l'intensité **avec le même outil**)
- Surveillance des effets secondaires des antalgiques utilisés :
    - Constipation : vérification systématique d'un traitement laxatif préventif obligatoire à la mise route du traitement (pallier II et pallier III),
    - Somnolence (annexe VIII : échelle de sédation RUDKIN p. 17) et/ou fréquence respiratoire,
    - Nausées, vomissements : transitoire donc traitement symptomatique,
    - Troubles cognitifs,
    - Rétention urinaire.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

XI. Bibliographie:

1. Loi hospitalière n° 91-748, article L714-11 du 31.07.1991 portant sur la réforme hospitalière.
2. Loi n° 95-116 du 04.02.1995 portant diverses dispositions d'ordre social, article 31 relatif à la prise en charge de la douleur.
3. Décret n° 93-221 du 16.02.1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
4. Circulaire DGS/DH/DAS n° 99-84 du 11.02.1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
5. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22.09.1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
6. Circulaire DGS/DH n° 98-213 du 24.03.1998 relative à l'organisation des soins en Cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
7. Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 04.02.1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
8. Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 29.05.1997 sur « L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé ».
9. Circulaire DGS/DH n° 94/3 du 07.01.1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
10. Article 37 et 38 du Code de Déontologie médical introduit par un décret du 06.09.1995.
11. Article L.710-3-1 du code de la santé publique introduit par la loi n° 95-116 du 04.02.1995 portant diverses propositions sociales, avec insertion au code de santé publique, qui précise que « les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement ».
12. Bulletin Officiel n° 9113 bis : « La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement » - 1991.
13. S. Marchand, « Le phénomène de la douleur », Editions MASSON - 1998 - Paris.

14. « Douleurs liées au cancer » La Presse Médicale, 1997 (26) - n°36.

15. « Le traitement de la douleur - de l'évaluation à une prise en charge globale... » Techniques Hospitalières n°636 - mai 1999.

16. « Douleurs, symptômes... Comment faire ? » - Dossier de l'infirmière Magazine - n°91 -février 1995.

17. « Les droits des patients », Soins, n°629, octobre 1998.

18. « La douleur » - L'infirmière Magazine - n°110 - novembre 1996.

19. « Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur » - Soins Gérontologie n°9 - août septembre / octobre 1999.

20. « Bulletin du cancer » - Volume 23 - supplément 1 - 1996.

21. « Un plan gouvernemental de la lutte contre la douleur » - Objectif Soins, 62, 1998.

22. « Les recommandations pour une bonne pratique dans la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant » - FNCLCC, 1998.

23. Plan de lutte contre la Douleur 1998-2000.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

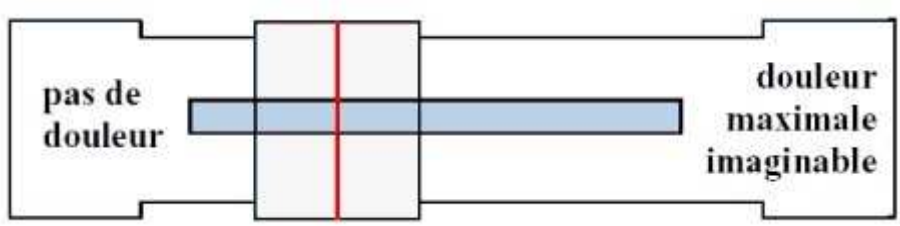
24. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise la prise en charge de la douleur. Texte abrogé décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 et indexé au Code de la santé publique.
25. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « toute personne a droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur… » (article L.1110-5 du code de santé publique)
26. Plan de lutte contre la Douleur 2002-2005.
27. Plan de lutte contre la Douleur 2006-2010.
28. Circulaire DHOS/DGS n° 451 du 11 juillet 2004 relative aux droits des personnes hospitalisées.
29. Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
30. Code de déontologie médicale – article 37.
31. Références ANAES (manuel d'accréditation) le patient et sa prise en charge OPC.1.a-OPC.4.b-OPC.4.e-OPC.5.b – nouvelle dénomination Haute Autorité de Santé.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

ANNEXE I : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

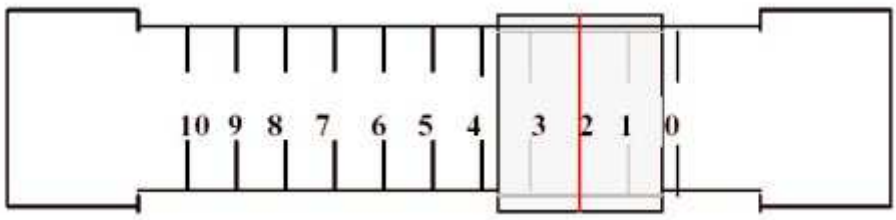
a. Face patient :

Son extrémité gauche est marquée « pas de douleur ». Elle est reliée par un trait bleu à l'extrémité droite marquée « douleur maximale imaginable ». L'infirmière demande au patient de déplacer le curseur de la gauche vers la droite sur la ligne bleue selon ce qu'il perçoit de l'intensité de sa douleur.



b. Face de mesure :

L'infirmière retourne alors la réglette sur son envers qui est gradué de 0 à 100 mm (Conformément aux Recommandations fixées par la Direction Générale de la Santé le 7 janvier 1999, lors de l'évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle E.V.A. : « ***l'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position du trait rouge du curseur et l'extrémité « pas de douleur ». le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche*** » de droite vers la gauche. Elle peut alors visualiser le score d'EVA localisé par le trait rouge du curseur que le patient a positionné. Elle réalise périodiquement une même évaluation afin d'informer le médecin sur l'efficacité du traitement antalgique ou de l'adapter selon le protocole thérapeutique.



Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

ANNEXE II : ECHELLE NUMERIQUE (EN)

Elle permet au patient de noter la douleur en sachant que la note minimale est 0 et que la note maximale est 10.

ECHELLE NUMERIQUE
Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ? Note **0** est égale à "pas de douleur" Note **10** est égale à "la douleur maximale imaginable" **Donner une seule note de 0 à 10 pour la douleur au moment présent**

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

ANNEXE III : ECHELLE DOLOPLUS 2

(Evaluation comportementale de la douleur)

ECHELLE DOLOPLUS - 2						
		DATES				
NOM : Prénom : Observation comportementale						
RETENTISSEMENT SOMATIQUE						
Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0	
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3	
Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0	
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2	
	position antalgique permanente et inefficace	3	3	3	3	
Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0	
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1	
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2	2	2	2	
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	
Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0	
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3	
Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0	
	difficultés d'endormissement	1	1	1	1	
	réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2	
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR						
Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1	
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2	
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3	
Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1	
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2	
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3	
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL						
Communication	inchangée	0	0	0	0	
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1	
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2	
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3	
Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités	0	0	0	0	
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2	
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3	
Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0	
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1	
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2	
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3	
	SCORE / 30 :					

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

Lexique :

- Plaintes somatiques : le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris, pleurs et gémissements.
- Positions antalgiques : position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.
- Protection de zones douloureuses : le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.
- Mimique : le visage semble exprimer la douleur à travers les traits (grimaçants, tirés, atones) et le regard (fixe, absent, ou larmes)
- Sollicitation : toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc...)
- Toilette, habillage : évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.
- Mouvements : évaluation de la douleur dans le mouvement pour les changements de position, transferts, la marche, seul ou avec aide.
- Communication : verbale ou non verbale.
- Vie sociale : repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc...
- Troubles du comportement : agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc...

On admet qu'un score ≥ 5/30 signe la douleur. Pour les scores < à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade ; si le comportement observé change avec la prise antalgique, la douleur sera donc incriminée.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

ANNEXE IV : ECHELLE ALGOPLUS

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
(JJ/MM/AAAA)

Heure : |__|__| : |__|__|
(hh : mm)

Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation :

Médecin ☐ Paraphe :
IDE ☐
AS ☐

ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aigue chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Par ligne, coter 1 si un signe ou comportement est présent ↓

1. **Faciès**. Froncement des sourcils, grimaces, crispation, rictus, dents serrées, faciès figé |__|
2. **Regard**. Regard absent, regard implorant |__|
3. **Plaintes orales.** « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris |__|
4. **Corps**. Désignation ou protection d'une zone, limitation ou refus de mobilité |__|
5. **Comportements inadaptés.** Agitation, agressivité, agrippement |__|

Score Total |__| / 5

Si score total ≥ 2, le patient est douloureux

Si score est = 1, le patient sera à réévaluer

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

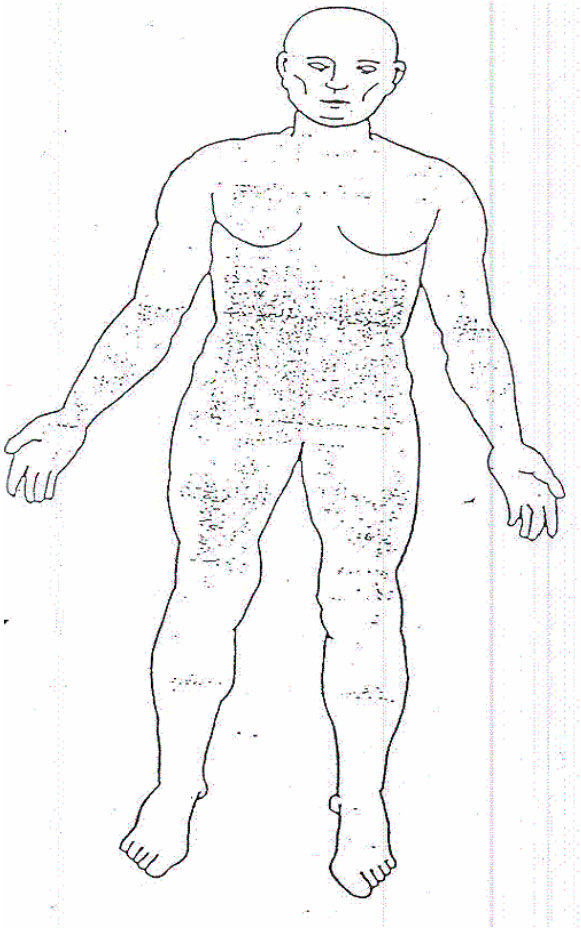
ANNEXE V : SCHEMA CORPOREL

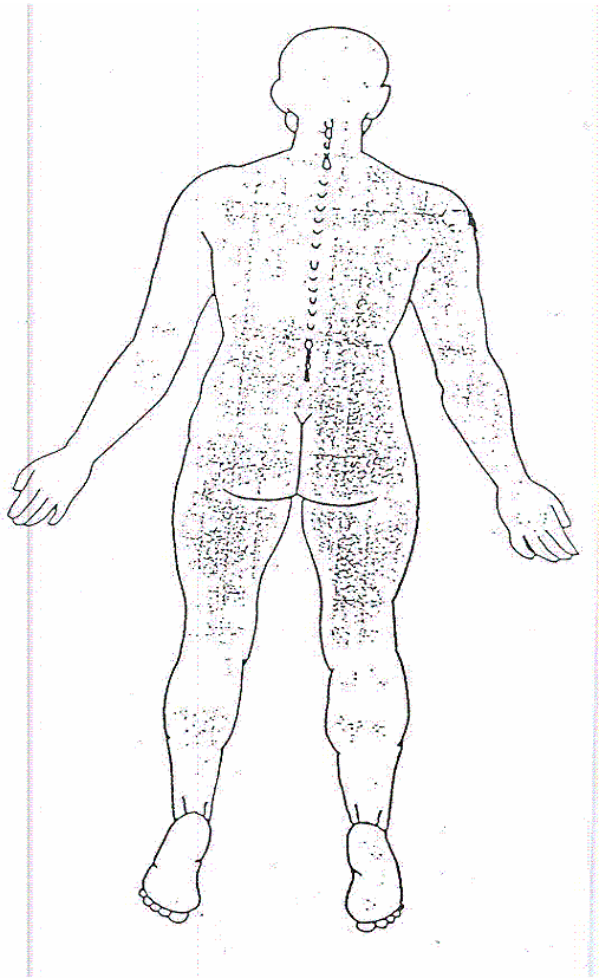
- Type de douleur :
- Intensité – EVA :
- Topographie :

Nom – Prénom du patient
……..

Nom et signature du prescripteur :
……..

Date : ……





Traitement de la prise en charge :
……
……
……
……

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

Question 1 : la douleur présente t'elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 NON = 0 **Score du patient : / 10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

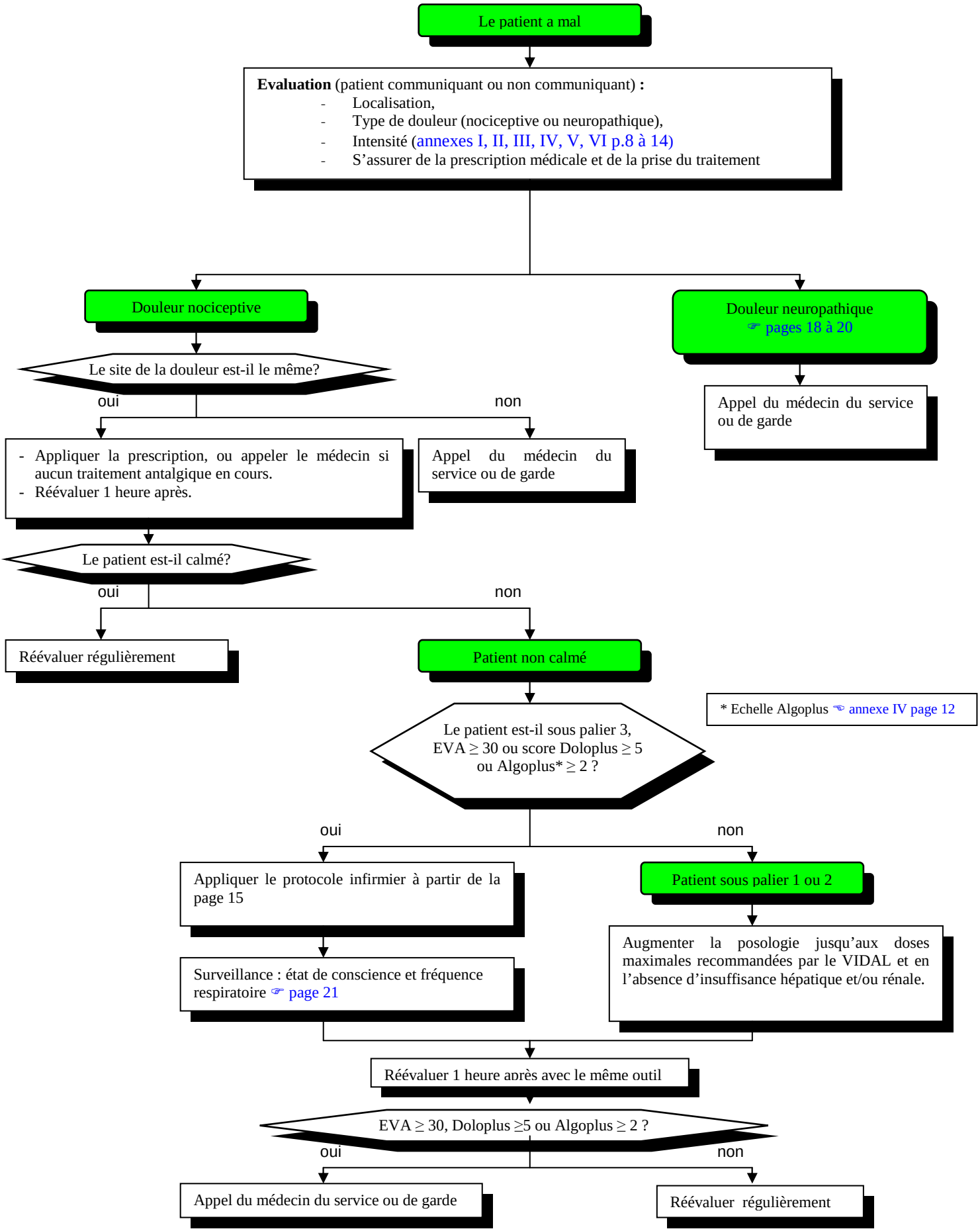
- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non »
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

Annexe VII : ARBRE DECISIONNEL – PRISE EN CHARGE INFIRMIER(E) DE LA DOULEUR AIGUE


Le patient a mal
Evaluation (patient communiquant ou non communiquant) :
- Localisation,
- Type de douleur (nociceptive ou neuropathique),
- Intensité (annexes I, II, III, IV, V, VI p.8 à 14)
- S'assurer de la prescription médicale et de la prise du traitement
Douleur nociceptive
Douleur neuropathique
☞ pages 18 à 20
Le site de la douleur est-il le même?
oui
non
Appel du médecin du service ou de garde
- Appliquer la prescription, ou appeler le médecin si aucun traitement antalgique en cours.
- Réévaluer 1 heure après.
Appel du médecin du service ou de garde
Le patient est-il calmé?
oui
non
Réévaluer régulièrement
Patient non calmé
* Echelle Algoplus ☜ annexe IV page 12
Le patient est-il sous palier 3, EVA ≥ 30 ou score Doloplus ≥ 5 ou Algoplus* ≥ 2 ?
oui
non
Appliquer le protocole infirmier à partir de la page 15
Patient sous palier 1 ou 2
Surveillance : état de conscience et fréquence respiratoire ☞ page 21
Augmenter la posologie jusqu'aux doses maximales recommandées par le VIDAL et en l'absence d'insuffisance hépatique et/ou rénale.
Réévaluer 1 heure après avec le même outil
EVA ≥ 30, Doloplus ≥5 ou Algoplus ≥ 2 ?
oui
non
Appel du médecin du service ou de garde
Réévaluer régulièrement

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

Patients sous opioïdes forts et EVA ≥ 30 ou score Doloplus ≥ 5

Patients sous opioïdes oraux (SKENAN® ou OXYCONTIN®)

Valeur de l'interdose de morphine orale (ACTISKENAN® ou OXYNORM® ou ORAMORPH®) : 1/10 de la dose journalière

MORPHINE Libération prolongée	MORPHINE Libération immédiate
- Durée d'action : 12 heures. - **SKENAN®** : gélules de 10, 30, 60, 100 et 200 mg. - **OXYCONTIN®** : (rapport de ½ : exemple, 20 mg de SKENAN® = 10 mg d'OXYCONTIN®), 10 mg, 30 mg, 60 mg.	- Pic d'action : 1 heure - Durée d'action : 4 heures - **ACTISKENAN®** : 10 mg, 20 mg, 30 mg, - **ORAMORPH®** : 4 gouttes = 5 mg ou unidose 10, 30, 100 mg - **OXYNORM®:** 5 et 10 mg **L'interdose peut être renouvelée au bout d'une heure ; 3 interdoses maximum dans les 4 heures, ne pas faire de nouvelles interdoses sans appeler le médecin.** Pour les produits qui suivent : pas d'équivalence à la dose journalière. - **ACTIQ®** : Citrate de Fentanyl (bâtonnet transmuqueux), 200 , 400, 600, 800, 1200 et 1600 µg **à renouveler au bout de 30 min.** - **ABSTRAL®** Citrate de Fentanyl, comprimé sub-lingual de 100, 200, 300, 400, 600 et 800 µg. **Dose à renouveler au bout de 30 min**. - **EFFENTORA®** : Citrate de Fentanyl, comprimé gingival de 100, 200, 400, 600 et 800 µg (AMM le 4 avril 2008 dans toute l'union européenne). **A renouveler au bout de 30 min**. - **INSTANYL®** : Citrate de Fentanyl, spray nasal de 50, 100 et 200 µg. **A renouveler au bout de 10 min**.

Patients sous morphine injectable

Interdose de morphine injectable : 1/10 de la dose journalière en intraveineux direct (ne pas diluer dans 100 cc) ou sous cutanée.

Patients sous patch de FENTANYL transcutanée (durée d'action : 72 heures)

Interdose : 1/10 de la dose journalière équivalence de morphine orale à libération prolongée (ACTISKENAN®, ORAMORPH®)

DUROGESIC®	SKENAN®
12 µg	30 mg / 24h
25 µg	60 mg / 24h
50 µg	120 mg/ 24h
75 µg	180 mg / 24h
100 µg	240 mg / 24h

Equivalence : DUROGESIC® / SKENAN®

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

ANNEXE VIII : ECHELLE DE SEDATION RUDKIN

1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel
4	Patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère (traction lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés mais ne répondant pas à une stimulation tactile légère

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

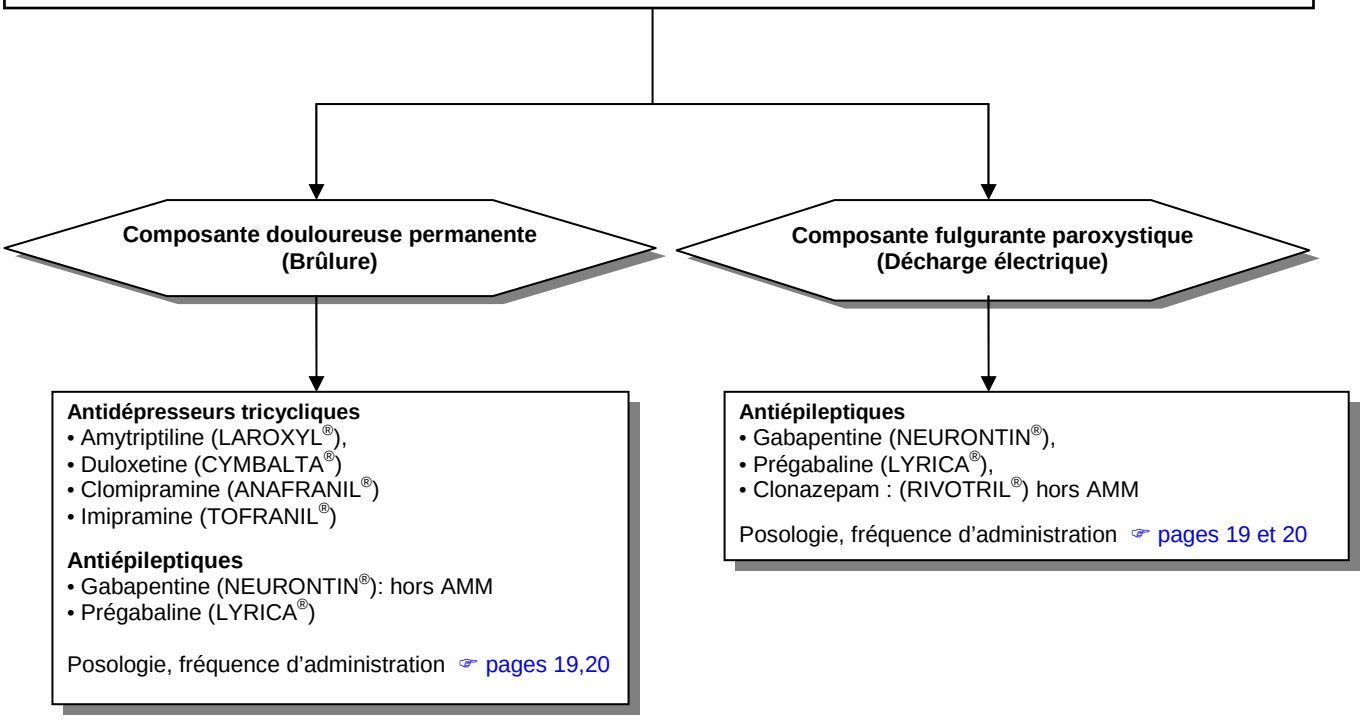
ANNEXE IX : LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Elles sont en règle générale réfractaires aux analgésiques usuels (aspirine, paracétamol, AINS); les opioïdes peuvent parfois être efficaces mais à des posologies élevées. Leur traitement repose sur l'utilisation d'autres classes pharmacologiques, notamment les antidépresseurs tricycliques et les antiépileptiques.

En cancérologie, les douleurs sont souvent mixtes, nociceptives et neuropathiques et l'absence d'efficacité d'un traitement antalgique « classique » doit toujours faire envisager la possibilité d'une étiologie neurogène associée.

L'initiation d'un traitement doit prendre en compte plusieurs règles générales :

- Prévenir le patient que l'efficacité des traitements est souvent partielle et retardée, lui expliquer la prescription de molécules présentant parfois une autre indication que celle de la douleur et les effets secondaires de son traitement,
- Privilégier la monothérapie en première intention et à dose progressivement croissante (titration), mais les associations de classes thérapeutiques différentes sont souvent nécessaires pour contrôler l'ensemble des symptômes,
- Inscrire le traitement dans une prise en charge globale des conséquences psycho-affectives (dépression, anxiété), du handicap et des conséquences socio-professionnelles.



Nota
La carbamazépine (TEGRETOL®) n'est pas utilisée couramment en cancérologie dans le traitement des douleurs neuropathiques ; elle reste le traitement de choix de la névralgie essentielle du trijumeau et de la douleur glosso-pharyngée ; ses effets indésirables sont non négligeables.

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

Médicaments actifs sur la composante douloureuse permanente (brûlure)

Antidépresseurs

Spécialités (liste non exhaustive)	**Doses**	**Fréquence d'administration**	**Commentaires**
Amytriptiline (LAROXYL®) - Comprimés à 25 et 50 mg - Solution buvable à 4% (1 goutte = 1 mg) - Solution injectable à 50 mg	Débuter par des doses faibles en une prise au coucher.	1 prise par jour	Informer le patient de l'effet antalgique indépendant de l'effet antidépresseur. Les antidépresseurs tricycliques ont un effet antalgique, notamment dans la douleur neuropathique à des posologies parfois très inférieures à celles utilisées dans le traitement de la dépression. Favoriser la prise du soir. Réduire la posologie chez le sujet âgé. Effets secondaires : sécheresse de la bouche et somnolence.
Clomipramine (ANAFRANIL®) - Comprimés à 10, 25 et 75 mg - Solution injectable à 25 mg	Augmenter progressivement d'une quantité égale par paliers de 5 à 7 jours jusqu'à la dose efficace.		

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

Médicaments actifs sur la composante fulgurante paroxystique (décharges électriques)

Antiépileptiques : un au choix

Spécialités (liste non exhaustive)	**Doses**	**Fréquence d'administration**	**Commentaires**
Gabapentine (NEURONTIN®) Gélule : 100, 300, 400 mg Comprimés : 600 et 800 mg	Montée posologique progressive, par paliers de 3 jours (5 à 7 jrs chez les personnes âgées). - Débuter par 300 mg par jour, le soir pendant 3 jours puis 300 mg matin et soir pendant 3 jours, puis 300 mg matin, midi et soir pendant 3 jours, puis passer à 1200 mg/j, en 3 prises, - et augmenter ensuite par paliers de 300 à 400 mg tous les 3 jours jusqu'à l'obtention d'une efficacité. - Dose maximale : 3600 mg/jour.	3 prises par jour	• Somnolence fréquente et transitoire les premiers jours de traitement ; non dose-dépendante • Vertiges en début de traitement • Dose moyenne efficace : 1600 mg/jour
Prégabaline (LYRICA®) Gélules : 25, 50, 75, 100, 150, 200 et 300 mg	Instaurer le traitement à la dose de 75 mg le soir, puis au bout de 3 jours passer à 75 mg matin et soir. Après 5 jours augmenter la dose en fonction de la réponse à 300 mg/j repartie en 2 prises pendant une semaine. Dose maximale : 600 mg/j en 2 prises	2 prises par jour	• Somnolence fréquente et transitoire les premiers jours de traitement. • Vertiges en début de traitement **En association avec OXYCONTIN®, plus de somnolence**
Clonazepam (RIVOTRIL®) Comprimés : 2 mg Solution buvable à 0,25 % (1 goutte = 0,1 mg ; 1 cp = 20 gouttes) Solution injectable : 1 mg	Débuter par la forme gouttes, par exemple, 3 gouttes le soir et augmenter de 1 à 3 gouttes par palier de 5 à 7 jours	1 prise unique, le soir de préférence	• Possibilité d'une prise matinale supplémentaire : 2 à 3 gouttes en sub-linguale si crise importante. • Traitement souvent sédatif

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.

ANNEXE X : SURDOSAGE MORPHINIQUE

C'est le risque principal, bien qu'exceptionnel, si les règles de prescription sont bien suivies**.**

On le reconnaît devant une somnolence importante et l'apparition d'une dépression respiratoire avec une bradypnée à moins de 8 inspirations/mn.

PROTOCOLE

• Si score de sédation RUDKIN = 2 (somnolent) et FR < 10/mn : appeler le médecin pour réadapter le traitement

• Si score de sédation RUDKIN, ≥ 3 (yeux fermés répondant à l'appel) et FR < 8/mn :

- Arrêter l'administration du morphinique,
- Stimuler et mettre le patient sous oxygène,
- **Préparer et administrer une seringue de NALOXONE : 1 amp de 0,4 mg pour 1 ml + 9ml de sérum physiologique, à utiliser en IVD ou SC puis sur avis médical :**
  - **On injecte 1 ml toutes les 2 minutes, soit 0,04 mg, jusqu'à restauration d'un rythme respiratoire suffisant, FR>10/mn.**
  - **Puis perfusion dose titration dans 250 ml sur 3 à 4 heures.**
- Prévenir le médecin.

• Garder une voie d'abord ou poser une voie veineuse, si le patient n'en possède pas.

• Au-delà de 4 heures, importance de la surveillance.

C'est la clinique et le contexte qui feront poser ou non l'indication de la NALOXONE tant les conséquences sont pénibles pour le patient avec reprise brutale des douleurs et risque d'agitation par syndrome de manque.

ATTENTION : Insuffisance rénale

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) © Copyright RRC-RA 1999-2010. Tous droits réservés.